

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 28

DE

L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE

DANS L'APPENDICITE AIGUE

(D'APRÈS UNE SÉRIE DE CINQUANTE OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Janvier 1921

PAR

Camille FIBRE

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES

Né à Bellegarde (Gard) le 23 Août 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		DE ROUVILLE, profes.		
		RICHE, agrégé		
		LAPEYRE, agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

DE
L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE
DANS L'APPENDICITE AIGUE
(D'APRÈS UNE SÉRIE DE CINQUANTE OBSERVATIONS)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 28

DE

L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE

DANS L'APPENDICITE AIGUE

(D'APRÈS UNE SÉRIE DE CINQUANTE OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Janvier 1921

PAR

Camille PIBRE

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES

Né à Bellegarde (Gard) le 23 Août 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *président*.
DE ROUVILLE, profes.
RICHE, agrégé
LAPEYRE, agrégé.

{ Assesseurs
}



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
	TEDENAT.
Clinique chirurgicale	FORGUE, <i>assesseur</i> .
	VALLOIS.
Clinique obstétricale	MAIRET.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TRUC.
Clinique ophtalmologique	BAUMEL.
Clinique des maladies des enfants	ESTOR.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DE ROUVILLE.
Clinique gynécologique	MOURET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire: M. E. BERTIN-SANS.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	N...
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		GALAVIELLE.
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	CABANNES.
	DELMAS (J.).		MESTREZAT.
Histologie	GRYNFELTT.	Physique	STROHL.

Examineurs de la thèse:

MM. ESTOR, profes-eur, <i>président</i> .	MM. RICHE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

Profond hommage de reconnaissance.

A MON ONCLE ET MA TANTE,

Qui m'ont partiellement élevé.

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

C. PIBRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR REVEL

Qui m'a fourni le sujet de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

G. PIBRE.

DE L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE

DANS

L'APPENDICITE AIGUE

(D'APRÈS UNE SÉRIE DE CINQUANTE OBSERVATIONS)

AVERTISSEMENT

Les cinquante observations qui font l'objet de cette statistique sont dues à l'obligeante amabilité de M. le docteur Revel, chirurgien des hôpitaux de Nîmes, qui les a collectionnées soit aux Balkans en 1918, soit à Nîmes depuis la fin de la guerre. Les premières sont peut-être, vu les circonstances dans lesquelles elles ont été prises, un peu succinctes au point de vue clinique pur au profit de la partie anatomo-pathologique macroscopique, mais ce fait ne nuit en rien au but et à l'idée de la thèse. Elles sont toutes inédites et leur auteur s'est privé, en notre faveur, du droit de priorité qu'il avait sur elles et qu'il perd du même coup.

Aussi nous ne saurions trop lui en être reconnaissant et lui exprimer notre sincère gratitude pour son désintéressement, pour les idées et les conseils qu'il nous a donnés, en même temps que de remercier vivement M. le professeur Estor d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

I. — HISTORIQUE

C'est aux Américains que revient le mérite d'avoir préconisé et pratiqué le traitement chirurgical de la crise aiguë d'appendicite. Fitz, le premier, en 1886, formulait ce traitement en ces termes : « Si vingt-quatre heures après le début de la douleur violente, la péritonite a diffusé et si l'état du patient est grave, il faut pratiquer une opération immédiate et enlever l'appendice ». L'année suivante, en 1887, Gaston préconisa l'opération d'urgence en cas de crise aiguë, ajoutant même que si elle est inutile, elle ne peut pas être nuisible. En 1888, le nombre des interventionnistes augmenta et l'opération d'urgence en cas de crise aiguë eût cause gagnée dans le nouveau continent. Successivement Bull en 1888, Mac Burney en 1889, Kelly et Kinsley en 1891, transformèrent cette habitude en un véritable dogme.

A ce moment-là, et nous sommes en 1891, deux chirurgiens français, Poncet et Jaboulay, soutinrent la même idée à la Société de médecine de Lyon, en apportant en même temps seize observations personnelles. Ils y prononcèrent les paroles suivantes : « En considérant les dangers et les aléas de l'expectation, la durée de la maladie et de ses accidents abandonnée à elle-même, on est autorisé à dire qu'il faut être interventionniste, et surtout interventionniste hâtif ». Poncet revint même à deux reprises sur

cette idée directrice, en 1892, dans la thèse de Lasserre, et en 1894, à l'Académie de médecine.

Ce ne fut qu'après l'Ecole lyonnaise que Dieulafoy vint plaider la cause de l'intervention précoce à la tribune de l'Académie; c'était en 1897. L'année suivante, Poirier se rangea pour l'intervention immédiate. Mais les choses n'allèrent pas longtemps avec autant d'harmonie et le désaccord ne tarda pas à se faire. Il arriva nettement, en 1899, devant la Société de chirurgie de Paris et ce fut Reclus qui combattit le premier la doctrine de l'intervention précoce. Deux camps se formèrent du même coup, mais celui des interventionnistes, comptant dans ses rangs Poirier, Lucas Championnière, Tillaux, Segond, Michaux, Kirrison, Tuffier, Pozzi, Quénu, Hartmann, l'emporta nettement, établissant ainsi en France le principe de l'intervention immédiate.

Il n'en était pas du tout de même en Angleterre à la même époque (1900). Les chirurgiens anglais : Trèves, Murray, Berry et Lloyd, se montraient temporisateurs. Il en était de même en Allemagne, bien que Rehn, Rose et Sprengel fussent carrément interventionnistes. Mais ici, deux ans plus tard, les choses avaient changé, et à ce moment-là, soit en 1902, le camp des interventionnistes avait gagné du terrain malgré l'opposition de Sonnenbourg. En 1903, à la Société de chirurgie de Paris, le débat s'engagea à fond, et l'interventionnisme prévalut à une forte majorité. Aussi, l'année suivante, à la Société de chirurgie de Berlin, Rotter, Sprengel, Nordmann, Riedel, Krause, Beck, Landau, Olshausen, vinrent affirmer les bienfaits de l'appendicectomie précoce, statistiques en mains, et, en 1905, au Congrès de Berlin, le principe de cette intervention fut admis sans discussion par la presque totalité des chirurgiens allemands.

Il est intéressant de faire remarquer que l'intervention précoce devait, d'après ces chirurgiens, être faite dans les quarante-huit premières heures après le début de la crise. A partir du troisième jour, les interventionnistes se montraient moins osés. Il y avait pourtant des chirurgiens qui, prenant à la lettre l'aphorisme de Dieulafoy, continuaient à déclarer qu'on devait opérer à n'importe quel moment de la crise. De ce nombre étaient : Kummel, de Hambourg, qui le déclarait nettement au Congrès de chirurgie de Budapest en 1909, et Témoin, de Bourges, qui défendait le même principe au Congrès français de chirurgie en 1911.

II. — QUELQUES STATISTIQUES PRECEDENTES

Jusqu'à ces dernières années, les arguments pour ou contre l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë avaient été surtout théoriques, et c'est à peine si quelques chirurgiens audacieux ou favorisés par les circonstances, avaient apporté quelques cas trop peu nombreux pour pouvoir fixer l'opinion dans un sens ou dans l'autre.

Actuellement, nous avons des documents suffisants pour étayer un jugement. Des statistiques nombreuses ont été publiées, surtout par des chirurgiens allemands et américains qui, ayant à leur disposition des services très vastes, ont pu rassembler, en peu de temps, un grand nombre de cas opérés, sinon par le même homme, tout au moins sous l'impulsion et la conduite thérapeutique bien définie d'un même chirurgien.

Voici du reste les principales :

1° Statistique de Burgess, 500 cas. *Journal de chirurgie* de 1912 :

Mortalité opératoire de 3 %, dans les 3 premiers jours ;
— 19 %, aux 5^e et 6^e jours.

2° Statistique de Schnitzler. *Journal de chirurgie* de février 1910. 885 cas :

Dans les 24 premières heures, mortalité opérat. de 4 1/2 %

— 48 heures : 7 1/2 %

Au 3^e jour 17 %

3° Statistique de Fritz Bäuer, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* de 1910, 468 cas :

Dans les 24 premières heures, mortalité opérat. de 2 1/2 %
— 48 heures 5 %

4° Walther, de 1901 à 1908, obtient, pour l'appendicectomie précoce, 5 % de mortalité, et de 1908 à 1913 : 3 %.

5° Témoin, de Bourges, dans l'opération immédiate, compte :

En 1911, 111 interventions avec une mortalité de 3 malades

— 1912, 138 — — — — — 4 —
— 1913, 134 — — — — — 5 —

6° Lenormant compte :

22 opérations, au bout de 48 heures, avec 1 mort

15 — au 3^e jour, avec 5 —

17 — du 4^e au 7^e jour avec 8 —

18 — du 8^e au 15^e jour, avec 8 —

7° Hartmann enfin compte :

20 opérations, dans les 12 premières heures, avec 0 mort

13 — le 1^{er} jour, avec 2 —

22 — le 2^e jour, avec 2 —

13 — le 3^e jour, avec 2 —

III. — STATISTIQUE DE M. LE DOCTEUR REVEL

Dans la statistique des cinquante malades qui nous intéressent, opérés par le docteur Revel, la ligne de conduite du chirurgien a été d'intervenir systématiquement en présence d'une appendicite aiguë, sitôt le diagnostic posé, quel que soit, raisonnablement parlant, l'état du malade, bénin ou grave, quel que soit le nombre d'heures ou de jours écoulés depuis le début présumé de la crise, quel que soit le moment de la journée ou de la nuit, au même titre que s'il s'agissait d'une hernie étranglée ou d'un traumatisme grave de l'abdomen.

Cette statistique comprend cinquante opérations d'appendicites aiguës observées de janvier 1918 à octobre 1920. Dans ces cinquante cas, il y a eu trois morts seulement et quarante-sept guérisons.

Voici du reste les observations résumées, rangées suivant l'ordre de précocité décroissante de l'intervention.

III. — LES CINQUANTE OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — C. M... Début présumé de la crise : quelques heures. Douleur au Mac Burney. Vomissements. Opéré le 15 août 1918. Rachi. Incision de Mac Burney. Liquide séreux en petite quantité à l'ouverture du péritoine. Appendice rouge. Légères adhérences récentes. Guérison.

OBS. 2. — M. G..., 148^e régiment d'infanterie, entré à l'hôpital de Salonique le 20 août 1918. Souffre du ventre depuis douze heures environ. Diagnostic d'appendicite. Opéré le 20 août. Appendice long et très vascularisé. Résection. Guérison.

OBS. 3. — J. R..., soldat. Entré à l'hôpital de Salonique. Début de la crise : 14 heures. Souffrait assez. Appendicite aiguë de moyenne intensité. Vomissements, Constipation. Température, 37°8. Pouls, 80. Opéré le 6 août 1918. Appendice rouge. Guérison.

OBS. 4. — M. N..., soldat. Entré le 15 juillet. Souffre de l'abdomen depuis la veille (20 heures). Température, 40°. Intervention immédiate. Appendice rouge et tuméfié. Quelques adhérences. Guérison.

OBS. 5. — J. G..., 42 ans, indigène. Début de la crise : 20 heures encore. Appendicite aiguë avec douleurs vives. T., 38°6. Appendice rouge. Guérison.

OBS. 6. — X..., soldat. Entré à l'hôpital Ruffi, à Nîmes, pour appendicite aiguë en mars 1920. Souffre depuis 22 heures d'un point de côté dans la fosse iliaque droite. Contracture défense de la paroi, douleur violente à la palpation, vomissements, 40°2, pouls 130, respiration 25. Opéré le 8 mars. Appendice rouge en érection. Guérison.

OBS. 7. — C. R..., 19^e d'artillerie. Entré à Ruffi le 8 mars 1920. Souffre, depuis 22 heures, de douleurs spontanées et très vives dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements. T., 39°. P., 86. Facies pâle, un peu terreux, et légèrement grippé. Pas de ballonnement de l'abdomen qui est facilement palpable sauf au Mac Burney où il y a une légère défense. Les douleurs sont accrues par la réplétion vésicale. Avait eu une petite crise huit jours auparavant? Opéré sur le champ. Ether. A l'ouverture, liquide jaune, séreux. Le cæcum est recouvert d'un léger voile membraneux. L'appendice apparaît aussitôt, tordu sur lui-même, très rouge. Guérison.

OBS. 8. — J. G..., artilleur. Entré le 27 septembre 1919 à Ruffi. Début de la crise: un jour. Coliques, puis, dans la nuit du 26 au 27, douleurs abdominales violentes. Température, 38°; pouls, 120. Facies bon, ventre souple et facilement dépressible. Douleur vive au point de Mac Burney. Constipation. Langue saburrale. Opération dès l'arrivée. A l'ouverture de l'abdomen, un peu de sérosité. Appendice rétro-cæcal, long, du volume de l'index, de couleur vert brillant, avec méso épais, lardacé, brillant, de couleur rouge framboise. Ablation. Muqueuse noire et sphacélée, sans perforation. Guérison.

OBS. 9. — F. L..., 21 ans, 38^e d'artillerie. Entré le 19 septembre 1919. Avait été soigné pour entérite. Plus rien de

puis. Début présumé de la crise : 24 heures. Le 18, au matin, courbaturé, céphalée, rien d'abdominal. Le soir du même jour, coliques dans tout l'abdomen, une selle dans la nuit. Le 19, matin, vomissements bilieux. A l'entrée, facies pâle, contracture des droits. Douleurs abdominales très marquées dans les deux fosses iliaques. Température, 39°2; pouls, 98; respiration, 16. Opéré sur le champ, on trouve un liquide purulent libre dans le ventre. Dans la fosse iliaque, on sent une masse dure qu'on extériorise. Elle est constituée par l'appendice très augmenté de volume avec un gros bloc épiploïque qui le recouvre. Résection de l'appendice et de l'épiploon. L'appendice porte, vers son extrémité, une perforation lenticulaire d'où s'échappent des matières fécales. Guérison.

Obs. 10. — G. M..., 22 ans, 115° d'artillerie lourde. Début de la crise : 24 heures. Température, 37°6; pouls, 80. Bon facies. Ventre douloureux à droite. Cordon induré, palpable. Ether. Incision de Mac Burney. Cæcum adhérent profondément. A eu une première crise il y a un an. Appendice rouge. Appendicectomie. Guérison.

Obs. 11. — P. R..., infirmier militaire. Début de la crise : un jour. Opéré le 6 juin. Incision Mac Burney. Difficultés d'extérioriser le cæcum. Adhérences profondes. L'appendice est trouvé difficilement. Il est pris dans un bloc profond d'adhérences qui saignent. Résection. Pas d'enfouissement en raison de la qualité des tissus. Fermeture incomplète de la paroi. Guérison.

Obs. 12. — M. A..., dragon. Début de la crise : un jour. Entré à Ruffi le 20 mai 1919 pour appendicite aiguë. Incision au Mac Burney. Appendice libre, rouge, vascularisé.

Enfouissement. A la coupe, il est dur. La muqueuse est fortement épaissie et tomenteuse avec piqueté hémorragique par endroits. Guérison.

OBS. 13. — E. T..., 22 ans, jeune fille réfugiée. Entre une première fois à Ruffi en mars 1919 avec des phénomènes douloureux abdominaux de cause imprécise. Le repos améliore la malade qui est portée sortante. Revient en avril avec des phénomènes abdominaux et une température de 38°2. On porte le diagnostic d'appendicite, le début paraissant remonter à un jour. Opérée le 15 avril. Ether. Appendice long et très vascularisé. Petit abcès. Résection, enfouissement. Guérison.

OBS. 14. — G. J..., soldat. Début présumé de la crise: un jour. Opéré le 14 avril 1919. Incision de Mac Burney. Appendice rouge et vascularisé, légèrement adhérent. Guérison.

OBS. 15. — A. D..., jeune fille de 18 ans, opérée à Ruffi, malade depuis 24 heures, Incision Mac Burney. Traces d'inflammation récente. Cæcum dépoli. Appendice long, épaissi, rouge, adhérent, notamment par son extrémité qui tient aux annexes droites. Appendicectomie, enfouissement par plissement du cæcum en gouttière, le cæcum ne permettant pas une suture en bourse. Guérison.

OBS. 16. — G. A..., soldat. Entré le 2 septembre 1919 pour appendicite aiguë. Tableau classique. T.: 39°. Pouls assez bon. Appendicectomie le 2 septembre. Appendice rouge, tuméfié, très vascularisé. Ablation. Guérison. Début de la crise: un jour.

OBS. 17. — P. J..., soldat. Entré à l'Hôpital, le 4 septembre, à 22 heures, pour appendicite. Le diagnostic est

confirmé le matin à la visite. Début présumé de la crise : un jour. Opération d'urgence. C'est la troisième crise. Rachi à la novocaïne. Incision de Roux. Difficulté de pénétrer dans la cavité abdominale. On y réussit en passant par l'extrémité supérieure de l'incision. Gros noyaux d'adhérences épiploïques plaqués contre la paroi antérieure de l'abdomen. Difficultés pour trouver le cæcum et l'appendice. On le trouve et l'enlève. Il est très rouge. Mais il existe dans le voisinage de vieilles lésions dues aux précédentes crises.

OBS. 18. — T. M..., entré à l'hôpital de Salonique, le 13 août 1918, pour coliques. Début de la crise : 24 heures. Douleur vive à la palpation de la fosse iliaque, avec cris du malade. Ventre souple et presque indolore par ailleurs. Deux vomissements bilieux, une selle quelques heures auparavant. Temp., 38°6. Intervention le 13 août. Incision de Mac Burney. Appendice légèrement tuméfié et vascularisé. Résection, enfouissement. Guérison.

OBS. 19. — C. A..., matelot. Entré à l'hôpital le 13 août 1918, avec le diagnostic d'appendicite. Début de la crise : un jour. Douleurs abdominales généralisées. Contracture à droite. Constipation. T. : 39°6. Pouls, 120. C'est la deuxième crise. Intervention le 13 août encore. Appendice tuméfié, vascularisé, avec adhérences. Cæcum légèrement épaissi, dur et congestionné. Un ganglion dans le méso. Résection, enfouissement. Guérison.

OBS. 20. — Indigène, 15 ans. Entré à l'ambulance de Pogradetz (Albanie), avec le tableau de l'appendicite aiguë. Le malade accuse des douleurs depuis deux jours. Opération : rougeur diffuse de l'appendice qui mesure 10 centimètres de long. Guérison.

OBS. 21. — V. C..., soldat. Entré à l'ambulance de Bisklista (Albanie), pour appendicite. Opération d'urgence au bout de 48 heures. Abscess volumineux et fétide. Ablation d'un appendice tuméfié et tomenteux. Guérison.

OBS. 22. — Femme de 40 ans. Entrée à Ruffi en janvier 1919 pour des douleurs abdominales. Crises antérieures. Celle-ci a débuté depuis 48 heures. Temp.: 38°4. Opération le 17. A l'incision du péritoine, on trouve un gros abcès avec, dans le fond, un gros appendice tuméfié et recouvert de fausses membranes. Résection. Nettoyage. Lavage à l'éther. Suture partielle de la paroi. Guérison.

OBS. 23. — X..., infirmier. Entré le 2 juin 1918, pour appendicite. Malade depuis 48 heures. Intervention le jour même. Appendice tuméfié et adhérent. Issue d'un pus fétide. Drainage. Guérison.

OBS. 24. — E. F..., soldat serbe. Entré à l'hôpital de Monastir le 28 septembre 1918 pour appendicite datant de deux jours. Opéré sur le champ avec le tableau de l'appendicite banale. Appendice rouge, tuméfié, adhérent, avec abcès. Guérison.

OBS. 25. — L..., artilleur. Entré à Ruffi le 31 juillet 1919 avec douleurs violentes, vomissements, 39°, pouls à 100. Souffrait depuis deux jours. Opéré le jour même. Ether. Incision Mac Burney. Appendice rétro-cæcal, long, vascularisé, à type ascendant, difficultés pour le dégager. Nécessité de transformer le Mac Burney en un Roux. Etalement de la face postérieure du cæcum. Ablation de l'organe. Suture. Guérison.

OBS. 26. — P. F..., entré à l'hôpital avec douleurs abdominales depuis deux jours. Contracture abdominale à

droite. Douleur. Empâtement profond de la fosse iliaque droite. T.: 39°. P.: 100. Bon état général malgré ce. Opéré le 25 juillet. Mac Burney. Vascularisation du cæcum et de l'appendice, et adhérences considérables au niveau de ce dernier qui est tordu sur lui-même. Ablation. Guérison.

OBS. 27. — M. G..., 25 ans. Entré à l'hôpital de Salonique pour appendicite. A eu un abcès appendiculaire incisé deux mois auparavant à Florina. L'appendice avait été laissé. Souffre depuis deux jours. 38°, mais bon état général. Incision circonscrivant la cicatrice qu'on enlève. Le cæcum présente une perte de substance de 2 centimètres carrés. On voit les matières à travers. Suture de cette perte de substance au catgut, sur deux plans. On pénètre dans l'abdomen, car le cæcum faisait hernie à travers le péritoine. Appendice rétro-cæcal enfoui sous des adhérences. Il est rouge, tomenteux. Ablation. Guérison.

OBS. 28. — X..., Appendicite aiguë datant de deux jours. Mac Burney. L'appendice est long, plusieurs fois coudé, rétro-cæcal, inclus dans un bloc d'adhérences dures. On le libère à la sonde cannelée, à la compresse et aux ciseaux. Résection. Enfouissement (c'était la troisième crise). Guérison.

OBS. 29. — D. J..., 38° d'artillerie. Appendicite aiguë datant de deux jours. Mac Burney. Appendice libre et très rouge. Résection. Enfouissement. Guérison.

OBS. 30. — M. A... Appendicite aiguë depuis deux jours. Incision de Mac Burney. Appendice augmenté de volume, dur, en érection, très rouge. Cæcum rouge et congestionné. La muqueuse appendiculaire est épaissie, tomenteuse.

avec une zone enflammée vers la base et une zone fibreuse vers la pointe. Guérison.

OBS. 31. — X..., soldat du génie. Malade depuis deux jours. Coliques. Faciès pâle. Temp.: 37°4. Douleur vive à la palpation de la fosse iliaque droite. Contracture musculaire. Constipation. Vomissements. Intervention immédiate. Appendice rouge, tuméfié, libre. Guérison.

OBS. 32. — P..., malgache, 23 ans. Entre à l'hôpital pour crise ayant débuté depuis trois jours. Opération le jour même. Appendice turgescent sous la paroi. En mobilisant le cæcum, on ouvre un abcès de petit volume. Guérison.

OBS. 33. — V. J..., 36 ans. Entré à Ruffi avec le tableau d'une appendicite aiguë dont le début remontait à trois jours. Appendice aigu dans un bloc d'adhérences épiliploïques formant tumeur. Résection de l'épiplocn et de l'appendice qui est dur et rouge. Guérison.

OBS. 34. — X..., infirmier de la R. S. Entré le 3 septembre souffrant du ventre depuis trois jours. Appendicite. Opération immédiate. Appendice turgescent avec adhérences lâches. Guérison.

OBS. 35. — M..., matelot, 26 ans. Diag.: appendicite. Début, trois jours. Douleur abdominale à droite, défense musculaire, constipation, vomissements. T.: 39° et P. à 120. Faciès grippé. Opération. Appendice rouge. Guérison.

OBS. 36. — X..., artilleur. Malade depuis trois jours. Tableau classique de l'appendicite aiguë. Opération le 15 décembre 1919. Appendice rouge, vascularisé, adhérent. Guérison.

OBS. 37. — F. P..., 40^e R. I. Entré à Ruffi pour appendicite aiguë depuis trois jours. Ether. Mac Burney. Difficultés pour trouver l'appendice. Roux. Organe rétro-cæcal enfermé dans un magma d'adhérences charnues et saignantes. Absès avec liquide nauséabond. Résection. Appendice long, de la grosseur de l'index, charnu, vert franc, d'une odeur putride. Il montre deux amorces de perforations dont l'une est même presque complète. Drainage. Guérison.

OBS. 38. — X..., travailleur tonkinois. Entré le 2 juin 1919 avec le diagnostic: occlusion intestinale. A midi, température, 37°8; pouls à 100; facies plombé. Douleurs abdominales vives. Contracture de tout l'abdomen. Début de la crise: trois jours. Opéré à midi 15. Le cæcum est dilaté et fixé dans le fond de la fosse iliaque. Il est épaissi et induré, sauf dans la zone d'aboutissement du grêle. Décollement au doigt de sa face profonde. Ouverture d'un volumineux absès à odeur fétide. L'appendice est rétro-cæcal, gros comme le doigt, et se déchire. Résection. Mèches. Guérison.

OBS. 39. — L. D..., jeune fille, 20 ans. Entrée à Ruffi pour coliques, le 15 mars 1919. Souffre depuis trois jours. Bon état général. Temp.: 39°8 malgré ce. Opérée séance tenante. Appendice long, rouge, adhérent au cæcum et au grêle. Guérison.

OBS. 40. — V. J..., entré à Ruffi le 9 avril 1919. Malade depuis quatre à cinq jours, se plaignant de douleurs abdominales. Température: 39°7. Pouls, 120, plein et régulier. Facies tiré. Ventre douloureux partout, mais surtout à droite; plastron profond. Constipation. Pas de gaz. Opé-

ration le même jour. On pénètre difficilement dans la cavité abdominale en raison des adhérences du cæcum à la paroi. Difficultés pour extérioriser celui-ci. On tombe sur un organe ressemblant à l'appendice? Ouverture de plusieurs abcès et découverte du véritable organe; il plonge dans la fosse iliaque et est très long. Résection. On revient au pseudo-appendice. C'est un diverticule de Mæckel qui s'insère sur le grêle à 10 centimètres de son abouchement dans le cæcum. A noter qu'il était enroulé autour du grêle sur lequel il a laissé un sillon strictural. Résection. Enfouissement et guérison.

OBS. 41. — P..., colonial. Entré à l'hôpital de Salonique pour appendicite ayant débuté il y a quatre jours. Ventre douloureux à droite, spontanément et à la palpation. On sent un empâtement profond dans la fosse iliaque. Température, 39°; pouls, 90. Pas de vomissements. Facies tiré. Appendice rétro-cæcal, rouge, tuméfié, adhérent. Ablation. Guérison.

OBS. 42. — Mlle X..., 20 ans, cuisinière. Clinique privée en ville. Souffre du ventre, principalement depuis quatre jours. Opérée le lendemain matin à la première heure, le diagnostic d'appendicite ayant été porté le soir à une heure tardive. Appendicectomie. Organe long, sous-cæcal, non adhérent, très vascularisé et très tuméfié. Guérison.

OBS. 43. — Garçonnet de 13 ans. Entré à la clinique en janvier 1918. A eu plusieurs crises d'appendicite. Deux mois auparavant un abcès s'est ouvert spontanément dans la région lombaire droite et les phénomènes douloureux et infectieux ont disparu. Malgré la fistule persistante, l'état général reste bon. Depuis cinq ou six jours, réapparition des phénomènes douloureux et infectieux. Température:

38°3. Opéré le 7 janvier, sitôt le diagnostic posé. Incision lombo-iliaque qui découvre un appendice rétro-cæcal. L'organe est gangrené et ouvert et dans les lèvres de la plaie, on trouve un calcul stercoral. Appendicectomie. Guérison.

OBS. 44. — L..., soldat. Entré le 1^{er} septembre 1918 à l'hôpital de Salonique, à midi, pour appendicite ayant débuté il y a six jours. Température, 37°; pouls, 80. Facies subictérique et plombé. Douleurs abdominales vives au moindre mouvement. Ventre immobilisé. Douleurs exquisés à la palpation légère. Intervention deux heures après l'arrivée. Pus rétro-cæcal, nauséabond. Appendice rétro-cæcal profondément fixé. Ablation. Guérison. L'appendice présente à son tiers moyen une zone noirâtre de sphacèle.

OBS. 45. — F..., jeune fille de 24 ans. Entrée le 7 août 1920 à la Clinique. Trois crises bénignes, très légères, depuis trois ans. Entre temps, douleurs abdominales fréquentes et dyspepsie. Amaigrissement notable. Depuis six jours, quatrième crise, aiguë. Voussure abdominale à droite de l'ombilic, défense musculaire dans la fosse iliaque droite. Température, 38°2. Etat général assez bon, malgré un amaigrissement considérable et un poids tombé à 34 kilos. Opérée d'emblée. Appendice court, tuméfié, induré et très ecchymotique, rempli de pus et gangrené au tiers moyen qui est complètement noirâtre. Guérison.

OBS. 46. — G..., 11 ans. Appendicite au refroidissement depuis huit jours. L'évolution avait été très favorable. Le 3 août 1920, au matin, aggravation subite. Nous sommes appelés et trouvons le jeune garçon dans l'état suivant: ventre contracturé et douloureux partout. Cyanose du visage. Vomissements. Pouls à 160. Respiration, 42. Nous

jugeons le malade à peu près perdu mais conseillons tout de même une intervention pour ne rien avoir à regretter. L'intervention est acceptée au même moment et pratiquée quelques minutes après. Incision des fosses iliaques droite et gauche. Issue d'une certaine quantité de liquide « bouillon sale » et de très peu de pus. Drainage. Décès quelques heures après.

OBS. 47. — M. E..., 18 ans, élève institutrice. En traitement dans une clinique privée pour une appendicite en voie de refroidissement. Le 8 juin 1919 au soir, tard dans la nuit, aggravation subite des phénomènes inflammatoires. Nous sommes appelés et constatons une situation clinique grave: ventre ballonné, douloureux, faciès tiré, pouls 128, respiration 36. Vomissements. Constipation. Intervention le 9 à la première heure. Chloro à la reine. Incision de Roux. Gros abcès sous et rétro-cæcal avec du pus concrété sur les parois de la poche. Appendice augmenté de volume, sectionné dans son tiers moyen, qui se déchire avec une friabilité frappante, à sa base principalement. Ablation. Suture. Drainage sans fermeture de la paroi. Morte le lendemain, 10 juin, en pleine péritonite.

OBS. 48. — Soldat russe. Entré à l'hôpital d'Uskub (Serbie), le 2 novembre 1918. Souffre de douleurs abdominales depuis huit jours environ. Diagnostic: appendicite aiguë. Opéré sur le champ. Rachi. Gros abcès rétro et sous-cæcal. Appendice gangrené. Ablation de cet organe ainsi que d'un volumineux bloc d'épiploïte. Guérison.

OBS. 49. — C. L..., 41 ans. Entré à l'hôpital Ruffi le 4 février 1918, avec le diagnostic d'appendicite, malade chez lui depuis douze jours. A eu une première crise en mars

1917. Température à l'arrivée: 38°8. Bon état général. Localement, il existe un plastron au niveau de la fosse iliaque droite. Pouls, 100. La température montant en trois jours à 39° et les douleurs augmentant, intervention. Incision de Roux. Issue d'une grande quantité de pus jaune « bonum et laudabile », mais d'une odeur infecte. Nombreuses adhérences. En cherchant le cæcum, on tombe sur les vaisseaux iliaques externes qui ont été disséqués par le pus jusqu'au niveau de l'arcade crurale. L'artère épigastrique apparaît dans le fond de la plaie, tendue comme une corde. On n'insiste pas pour trouver l'appendice car le cæcum est complètement perdu dans un magma d'adhérences. Drainage et pas de suture. Décès quelques jours après avec des phénomènes de septicémie.

OBS. 50. — B. J..., 18 ans. Entré le 12 février 1918 à Ruffi pour appendicite A déjà été opéré pour une simple ouverture d'abcès deux mois auparavant. Après arrêt complet des symptômes, apparition d'une deuxième crise aiguë avec douleurs, fièvre, etc., et arrivée à l'hôpital avec un très mauvais état général, un facies plombé, une température à 38°2 et un pouls à 110; localement, ventre contracturé. Constipation, pas de gaz. Vomissements. Début de la crise: quinze jours. Opéré d'emblée le jour de son entrée. Le cæcum est très adhérent à la fosse iliaque et son extériorisation est très difficile. Il y a du pus. L'appendice est rétro-cæcal, formant une anse à convexité inférieure dont l'extrémité est perdue dans un bloc épiploïque. Il est au contraire sphacélé à sa base. Appendicectomie. Enfouissement difficile. Fermeture partielle. Guérison.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

NOMBRE DE CAS	JOURS ÉCOULÉS DEPUIS LE DÉBUT	RÉSULTAT OPÉRATOIRE	CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES
3	15 heures.	Guérison.	Rougeur appendiculaire.
4	20 heures.	Guérison.	Appendices rouges et tordus
12	1 ^{er} jour.	»	Rougeurs, abcès, perfora- tions, pus, sphacèle.
12	2 ^e jour.	»	Rougeurs, abcès, perfora- tions, pus, sphacèle.
8	3 ^e jour.	»	Abcès, pus, sphacèle, etc.
3	4 ^e jour.	»	Inflammation.
3	6 ^e jour.	»	Abcès, sphacèle, gangrène.
2	8 ^e jour.	2 morts.	2 péritonites généralisées à la date de l'intervention.
1	10 ^e jour.	Guérison.	Abcès et gangrène.
2	15 ^e jour.	1 Guérison 1 mort.	Abcès, pus et sphacèle. Vaste abcès de toute la fosse iliaque, septicémie.

IV. — REFLEXIONS QUI S'EN DEGAGENT OBJECTIONS ET REFUTATION

Si nous avions pour but d'établir une comparaison entre l'intervention et le traitement médical, il serait juste de ne pas tenir compte des trois décès mentionnés dans les cinquante observations précédentes. Ces trois morts, causées par la méthode du refroidissement, devraient figurer à la charge de cette dernière et ne pas être portées à l'actif du traitement chirurgical.

En effet, le premier (obs. 46) était au refroidissement depuis huit jours et l'évolution avait été très favorable. Le 3 août 1920, au matin, l'état subit une aggravation aussi imprévue que rapide. Contracture de l'abdomen, vomissements, pouls à 160, etc. Pour tout tenter, on propose une intervention qui est acceptée sur le champ, faite d'urgence, et montre le liquide bouillon sale des péritonites hyperseptiques. Quelques heures après, le malade était enlevé par cette affection.

Le deuxième cas est celui de la jeune fille faisant l'objet de l'observation 47. A peu près la même histoire : appendicite en voie de refroidissement. Puis, le 8 juin au soir, aggravation subite que rien ne pouvait faire prévoir : ventre ballonné et douloureux, facies tiré, pouls à 128, respiration 36, vomissements. L'appendice était sectionné, il

y avait du pus, etc. et la malade, qui était en pleine péritonite, en mourait le lendemain.

Le troisième et dernier décès relaté à l'observation 49 est celui d'un malade qui, après avoir été traité en ville pendant douze jours, est arrivé dans un état qui avait paru, selon toutes les données classiques, justiciable du traitement médical. Après trois jours d'expectation armée on l'a opéré parce que la température était montée progressivement à 39° en concordance avec les symptômes douloureux et fonctionnels. Et du jour au lendemain apparurent les signes d'un abcès profond perceptible sous la pari. De fait, l'intervention immédiate démontra la présence d'un énorme abcès de la fosse iliaque droite qui avait disséqué les vaisseaux iliaques externes jusqu'au niveau de l'arcade crurale. L'appendicé ne put pas être trouvé et le malade mourut de septicémie quelques jours après. L'ablation de l'appendice n'aurait en rien changé le cours des événements.

Comme nous le disions tout à l'heure, ces trois morts devraient figurer à la charge du refroidissement ; mais nous les faisons entrer dans notre statistique parce que nous avons en vue l'intervention d'urgence à tout coup. Et on voudra bien nous accorder qu'ils ne témoignent que d'une chose l'impuissance dans laquelle se trouve la chirurgie à réparer des désastres considérables dus à la temporisation et restant au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Si bien qu'en définitive, dans les quarante-sept cas qu'il nous reste et où a été appliquée la doctrine de l'opération systématique, dans les conditions exposées plus haut, il y a eu quarante-sept guérisons. Et il suffit de lire les observations ci-dessus pour bien voir qu'il n'y a pas eu, dans ces cas que des appendicites bénignes, puisque souvent

nous nous sommes trouvés en présence de gangrène, de sphacèle, d'abcès, voire même de perforations.

Et nous en arrivons maintenant à la question de savoir si l'opération pratiquée systématiquement, même après les quarante-huit premières heures, offre les inconvénients et les dangers que beaucoup de chirurgiens veulent bien lui reconnaître. C'est là le point qui divise.

Les chirurgiens opportunistes éloignent l'intervention de parti pris. Quelle erreur, disaient-ils, en 1906, que d'opérer systématiquement dans les premiers jours une appendicite aiguë alors qu'à ce moment tout peut rentrer dans l'ordre et que le refroidissement peut être obtenu ! Comment préférer à une opération simple, à froid, et de mortalité presque nulle, une intervention dangereuse et compliquée qui donne une léthalité considérable ! Et ces temporisateurs de mettre en parallèle l'opération précoce et l'opération à froid. Cette comparaison manque totalement de logique. Et en effet, il s'en faut que toutes les appendicites aiguës puissent être refroidies. Dans les 48 premières heures d'une crise appendiculaire, il n'y a aucun signe qui permette d'affirmer quelle sera son évolution et si le chirurgien n'engage pas lourdement sa responsabilité en escomptant malgré tout un refroidissement plus ou moins hypothétique. On peut voir des accidents bénins au début aboutir en trois ou quatre jours à des péritonites généralisées enlevant rapidement les malades tout aussi bien que des attaques d'emblée graves, céder à quarante-huit heures de repos au lit avec diète et glace. Du reste, la mortalité ne peut pas et ne doit pas être mise uniquement sur le compte de l'intervention elle-même. On avait bien prétendu jadis qu'en l'absence de cloisonnement du péritoine on risquait d'ensemencer la séreuse et d'empêcher la formation des adhérences. Mais aujourd'hui on

en est revenu, et on admet bien que l'opération pratiquée au début de la crise ne peut être que salutaire: la lésion causale une fois supprimée, le péritoine sera dans de meilleures conditions pour lutter contre l'infection. L'intervention peut, à la rigueur, être inutile, mais *pas nuisible*.

Voyons du reste, à ce sujet, ce que disent les classiques et notamment Bérard et Vignard, de Lyon, dans leur livre sur l'appendicite (Masson, édition 1914, p. 750). « Lorsqu'on n'a pu pratiquer l'ablation de l'appendice dans les quarante-huit premières heures, il convient d'ordinaire de provoquer le refroidissement des lésions par les moyens indiqués plus haut (soit les moyens classiques: diète, glace et opium) afin de mettre les malades dans de meilleures conditions pour supporter le plus tôt possible l'appendicectomie à froid. Le plus court délai avant cette opération radicale doit être de quatre semaines environ, depuis le jour où la température est revenue à la normale, où les douleurs ont cessé, où le plastron inflammatoire a commencé sa régression ». Et ils préconisent ensuite la conduite suivante, envisageant deux éventualités:

Première éventualité: il n'y a pas de plastron inflammatoire;

Deuxième éventualité: il y en a un.

« 1° S'il n'y a pas de plastron inflammatoire, si les douleurs et les vomissements ont cessé, si la température est revenue à 37°5 le soir, si le ventre a repris sa souplesse avec douleur légère à la pression forte au point de Mac Burney, s'il y a eu selles et gaz, il est bon d'opérer au plus tôt et de profiter de ce que le malade est immobilisé au lit pour lui donner une guérison certaine. Mais il faut savoir que même, en l'absence de tout plastron abdominal perceptible, l'opération « à tiède » peut comporter des difficultés pour le chirurgien et des risques pour l'opéré.

» 2° S'il y a un plastron inflammatoire, perceptible par le palper, par l'examen externe simple, il faut savoir que les lésions sont d'ordinaire plus marquées et plus étendues qu'elles ne le laissent deviner, et trois cas, dans cette éventualité, sont à envisager :

» a) S'il s'est formé un abcès, s'il y a leucocytose intense avec hyperthermie, il faut opérer ;

» b) S'il ne s'est pas formé d'abcès, mais si l'appendicite prend la forme traînante et que les symptômes soient, au huitième jour, ou au dixième jour, ce qu'ils étaient au second ou au troisième, il faut encore opérer ;

» c) S'il ne s'est pas formé de localisation, mais si le ventre devient au contraire douloureux et ballonné, avec température, pouls rapide et faible, retour des vomissements, constipation et leucocytose progressivement élevée, il y a lieu de redouter une généralisation péritonéale ; il faut immédiatement opérer ».

Qu'il y ait, dans certains cas, comme le disent les classiques, et beaucoup de chirurgiens avec eux, des difficultés et des risques à opérer après les quarante-huit premières heures, c'est possible. Mais les difficultés pour l'opérateur et les risques pour l'opéré sont-ils d'abord si fréquents et si faciles à discerner à l'avance ? Et, en admettant qu'ils puissent exister, ne sont-ils pas compensés par la menace d'une aggravation subite et dramatique qui rendra très aléatoire le résultat d'une opération qui, pratiquée avant leur apparition, aurait facilement réussi ?

En ce qui concerne les cinquante cas du docteur Revel, nous avons 19 cas allant du troisième au quinzième jour, parmi lesquels il y en a eu des cas avec abcès, d'autres avec abcès et perforation de l'appendice, d'autres avec abcès et gangrène sans perforation visible à l'œil nu ; huit

seulement présentaient des lésions bénignes. Tous ont guéri merveilleusement.

Très bien, nous dira-t-on, mais les huit derniers cas, qui étaient bénins, auraient aussi bien guéri sans opération. Nous pouvons répondre que la chose n'est pas prouvée du tout. En effet, les malades qui sont l'objet de notre statistique ont été opérés par principe et fort heureusement pour eux car le chirurgien a été bien souvent surpris par la gravité des lésions rencontrées. S'il n'avait pas été interventionniste, il est manifeste que certains d'entre eux, en raison de la bénignité de leur aspect clinique, n'auraient pas été opérés, ou l'auraient été après une perte de temps préjudiciable à tous les points de vue. Car rien n'est plus trompeur que l'aspect clinique de l'appendicite. Pour nous en référer simplement à notre statistique, les observations 8, 9 et 37 sont démonstratives à cet égard. Dans les deux premières, un peu de tachycardie et de température, et c'est tout. A l'ouverture de l'abdomen, l'appendice apparaît long et gros comme l'index, gangrené, vert luisant. Dans la troisième, température et contracture légère. A la laparotomie, on voit un appendice caché sous l'épiploon, volumineux, perforé et laissant s'échapper dans le péritoine des matières fécales!

Au reste, la distinction d'avant et d'après les 48 premières heures paraît manquer, en l'état actuel des choses, de cette unité de conception qui fait d'une doctrine thérapeutique un guide précis et facile à suivre; car on se perd malgré tout en essayant de suivre les auteurs dans leur exposé des raisons et des indications à opérer ou à attendre. Si tout le monde peut être d'accord sur certains tableaux cliniques d'une netteté absolue et ne faisant place à aucun doute, il n'en est pas moins vrai qu'on se trouve souvent en présence de certains cas où tout le débat ne

repose que sur des nuances et où les indications de s'abstenir sont aussi plausibles que celles d'opérer. Et si là-dessus vient se greffer la tendance à l'idée du refroidissement, complaisamment acceptée par la famille et par le malade, on comprendra qu'on se trouve en présence de nombreuses appendicites ignorées soumises dès la première heure au traitement médical et qui, si elles guérissent quelquefois, se terminent trop souvent encore par des interventions tardives et risquées ou plus simplement par l'exitus; et que d'autres malades, guéris d'une première crise et non opérés, refusent, une fois refroidis, cette même intervention pour aller faire, plusieurs semaines ou plusieurs mois après, une nouvelle crise qui pourra cette fois leur coûter la vie. Car l'appendicectomie à froid n'a de mortalité plus faible qu'en apparence, et sa prétendue supériorité est tout à fait inexacte en réalité. En effet pour évaluer d'une façon précise cette mortalité, l'appendicectomie à froid devrait prendre à sa charge tous les cas qui ont été victimes de la méthode du refroidissement. Or, le traitement médical, qui se flatte d'amener la maladie à la période de refroidissement, donne une mortalité qui est évaluée à 30 p. 100 dans la thèse de Chomel (lire « Dieulafoy ») en 1889. Il peut arriver que malgré les prévisions et les précautions les plus minutieuses l'appendicectomie à froid ne soit pas aussi simple et aussi facile qu'on pouvait l'espérer. Il y a presque toujours des adhérences, il faut les disséquer minutieusement pour les rompre et trouver l'appendice, cause du délit; il y a quelquefois du pus, des suintements sanguins abondants, et le chirurgien se voit, contre ses prévisions, dans l'obligation de drainer. Il ne faut pas oublier non plus qu'en refroidissant l'appendicite laisse subsister un travail de défense péritonéale assez long et parfois complexe. Une intervention précocée au

contraire supprime les adhérences et fait ainsi la prophylaxie des brides, des coudures intestinales, iléales ou coliques, de la péricolite adhésive et des fixations épiploïques dont Walther surtout a signalé les méfaits. Et la plupart du temps pour ne pas dire toujours, le malade, une fois sorti de sa crise aiguë aura une répugnance et une certaine peur à affronter une intervention dont il croit dorénavant pouvoir se disperser. C'est là encore un fait tout à fait inexact car, en admettant que de nouvelles crises ne se produisent plus, on ne peut nier que des complications d'ordre chronique (typhlite, colite, entéro-colite) ne puissent se produire, interdisant au malade, par leur désespérante ténacité, toute vie laborieuse ou active, et entraînant à leur suite tout un cortège de troubles digestifs qui condamnent le patient au régime et au repos, constituant par conséquent une véritable infirmité. Pour ne citer à ce sujet que mon cas personnel, j'ai eu deux crises violentes de typhlocolite (?) malgré une appendicectomie parfaitement réussie car, après quatre crises d'appendicite à caractère subintrant survenues en 9 mois de temps, j'ai eu le tort de renvoyer l'intervention et de ne m'y résoudre que vingt-six mois après le début de mon affection.

Une objection que l'on pourra également nous faire, sera de nous dire que l'intervention ne peut pas être pratiquée à n'importe quel endroit et qu'elle exige le transport du malade dans un centre chirurgical. A cela, nous répondrons que ce transport est moins dangereux que la temporisation et que du reste une appendicectomie n'exige pas une instrumentation d'une complexité telle qu'on ne puisse opérer à n'importe quel endroit.

On pourra encore nous objecter que les malades se présentent le plus souvent trop tard à l'opérateur. Mais nous dirons que c'est une raison de plus pour demander aux

médecins traitants de confier plus tôt leurs malades aux chirurgiens.

Il reste enfin une dernière objection qui peut nous être faite. On pourra nous dire que dans une crise d'appendicite aiguë la hâte à opérer peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. La confusion, en effet, est facile à faire, surtout chez la femme, en cas d'affections aiguës de l'appareil annexiel, avec la salpingo-ovarite par exemple. Ce reproche a son importance. Mais en ce qui concerne notre statistique, aucune erreur de diagnostic n'a été commise. Et quoi qu'il en soit, Rotter, en 1906, à la Société de médecine de Berlin, n'accusait que 2 p. 100 d'erreurs de diagnostic. Au cas où cette dernière aurait pu se produire, on se trouve en face d'affections diverses qui sont, par ordre de fréquence décroissante, les suivantes :

1° La torsion des kystes de l'ovaire qui compte . . .	14 obs.
2° Perforation d'un ulcus gastrique ou duodénal . . .	10 —
3° La salpingo-ovarite	9 —
4° La rupture d'une trompe gravide	9 —
5° La péritonite à pneumocoques	5 —
6° La cholécystite	3 —

On voudra bien remarquer que toutes ces affections relèvent du traitement chirurgical et que, par conséquent, elles ont bénéficié de l'erreur de diagnostic qui, loin d'être préjudiciable aux malades leur a été au contraire salutaire.

CONCLUSION

Pourquoi donc, en présence d'une affection susceptible de devenir aussi subitement grave que l'appendicite et dont il est impossible de prévoir le dénouement d'une façon relativement précise, pourquoi ne pas adopter une ligne de conduite à la fois sûre et simple et conclure à l'intervention systématique? Car aussi bien et en résumé, les avantages de l'intervention précoce nous paraissent être les suivants: le chirurgien opère quelques cas qui auraient guéri sans lui mais il les guérit plus vite et d'une façon définitive; il en guérit d'autres qui, soumis au refroidissement, auraient commandé un jour une intervention de nécessité; il a la satisfaction de découvrir, sous un masque clinique bénin, des lésions considérables et d'une haute gravité, destinées par elles-mêmes à provoquer d'une minute à l'autre, de véritables désastres; il fait la prophylaxie des cas à péritonite généralisée ou à forme hyperseptique que l'on rencontrera de moins en moins au fur et à mesure que l'idée de l'intervention hâtive fera de plus nombreux adeptes parmi les médecins traitants.

Quant aux interventions qui nuisent aux malades, nous en cherchons encore un exemple; et le jour où nous le trouverons nous dirons que, l'exception confirmant la règle, le nombre d'existences sauvées par l'opération systématique domine de bien haut les cas terminés par la mort. Car, en matière doctrinale, c'est le résultat général qui doit seul entrer en ligne de compte.

BIBLIOGRAPHIE

PONCET et JABOULAY. — Société de médecine et chirurgie de Lyon, 1891.

LASERRE. — Thèse 1892, par Dieulafoy.

RECLUS, DELORME, DIEULAFOY, FERRAND, TILLAUX, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Traitement de l'appendicite aiguë. Académie de médecine, 1899, t. I.

LE DENTU. — Nécessité des interventions très précoces dans le traitement de l'appendicite. Académie de médecine, 1899, t. I.

DIEULAFOY. — Académie de médecine, 1902, t. II.

— Société de chirurgie de Paris, 1903.

— Congrès de chirurgie de Berlin, 1905.

BAUMGARTNER. — Traitement de l'appendicite d'après les travaux récents. *Presse médicale*, 1907.

KUMMEL. — Congrès de chirurgie de Budapest, 1909.

SCHNITZLER. — Sur 2.000 opérations d'appendicite. *Dents. Medizinische Wochenschrift*, t. XXXV, déc. 1909.

— *Journal de chirurgie*, 1910, t. I.

GIRARD. — *Revue de médecine*, 1910, t. I.

TÉMOIN. — Congrès de chirurgie de Paris, 1911.

— *Presse médicale*, 1911.

— *Journal de chirurgie*, 1911.

SAMPSON HANDLEY. — *The Practitioner*, 1911, et *Journal de chirurgie*, 1912, t. I.

BURGESS. — Remarques sur 500 opérations pour appendicite aiguë. *The British Med. Journ.*, 1912, t. I.

GIRARDOT. — *Journal de chirurgie*, 1914, t. I.

TÈMOIN. — Communiqué. Congrès chirurgie Paris, 1919.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 4 janvier 1921.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 3 janvier 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
